

Formulario de consentimiento y evaluación para la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech en personas menores de 18 años

Sección 1: Información sobre el menor de edad que recibirá la vacuna (escriba en imprenta)

NOMBRE DEL MENOR (Apellido)		(Primer nombre)	(Segundo nombre)	FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR (DD/MM/AÑO): _____	
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL (Apellido)		(Primer nombre)	(Segundo nombre)	EDAD DEL MENOR:	GÉNERO DEL MENOR: M/F
DIRECCIÓN			NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO DEL PADRE/TUTOR Y NÚMERO DE CELULAR:		
CIUDAD	ESTADO	C.P.			

Sección 2: Evaluación de elegibilidad para la vacuna

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si existe algún motivo por el cual su hijo/a no deba recibir la vacuna contra el COVID-19. Si responde "sí" a alguna de estas preguntas, no significa necesariamente que su hijo/a no deba ser vacunado. Solo significa que es posible que se le realicen preguntas adicionales. Si no le quedó en claro alguna de las preguntas, consulte con su proveedor de atención médica para que se la explique.

	SÍ	NO	NO SABE
1. ¿Su hijo/a se encuentra enfermo o se siente mal actualmente?			
2. ¿Su hijo/a recibió alguna vez una dosis de una vacuna contra el COVID-19? En caso afirmativo, ¿qué vacuna? <input type="checkbox"/> Moderna; <input type="checkbox"/> Pfizer; <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson; <input type="checkbox"/> otra marca de vacuna: _____			Fecha: _____ (Si corresponde)
3. ¿Su hijo/a alguna vez tuvo una reacción alérgica a: <i>(Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que necesite tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que causara que su hijo/a tuviera que ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que se produjera en un plazo de 4 horas y que causara urticaria, hinchazón o dificultades respiratorias, incluidas las sibilancias).</i>			
• Un componente de una vacuna contra el COVID-19 que incluya alguno de los siguientes:			
○ Polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos, como los laxantes y las preparaciones para los procedimientos de colonoscopia?			
○ Polisorbato, que se encuentra en algunas vacunas, comprimidos recubiertos y esteroides intravenosos?			
• Una dosis previa de la vacuna contra el COVID-19?			
• Una vacuna o un tratamiento por vía inyectable que contiene múltiples componentes, uno de los cuales es un componente de la vacuna contra el COVID-19, pero no se sabe qué componente provocó la reacción inmediata?			
4. ¿Su hijo/a alguna vez tuvo una reacción alérgica a otra vacuna (que no sea la vacuna contra el COVID-19) o a un medicamento inyectable? <i>(Esto incluiría una reacción alérgica grave [por ejemplo, anafilaxia] que necesite tratamiento con epinefrina o EpiPen® o que causara que su hijo/a tuviera que ir al hospital. También incluiría una reacción alérgica que se produjera en un plazo de 4 horas y que causara urticaria, hinchazón o dificultades respiratorias, incluidas las sibilancias).</i>			
5. ¿Su hijo/a alguna vez tuvo una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo que no sea un componente de la vacuna contra el COVID-19, o a cualquier vacuna o medicamento inyectable? Esto incluiría alergias a alimentos, animales domésticos, venenos, medio ambiente o medicamentos orales.			
6. ¿Su hijo/a recibió alguna vacuna en los últimos 14 días?			
7. ¿Su hijo/a alguna vez tuvo un resultado positivo para la prueba de detección del COVID-19 o un médico le informó alguna vez que su hijo/a			

8. ¿Su hijo/a recibió una terapia pasiva de anticuerpos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para el COVID-19?			
9. ¿Su hijo/a tiene un sistema inmunitario debilitado a causa de, por ejemplo, una infección por VIH o un cáncer, o toma medicamentos o recibe tratamiento inmunosupresores?			
10. ¿Su hijo/a tiene un trastorno hemorrágico o toma un anticoagulante?			
11. ¿Su hija está embarazada o está amamantando?			
12. ¿Su hijo/a tiene rellenos dérmicos?			

Sección 3: Información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech

Es posible que la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech evite que la persona vacunada se contagie de COVID-19. No existe una vacuna aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos para prevenir el COVID-19. Sin embargo, la FDA autorizó el uso de emergencia de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech para prevenir el COVID-19 en individuos mayores de dieciséis (16) años bajo una Autorización de Uso de Emergencia (EUA). La vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech se administra en una serie de 2 dosis, con un intervalo de 3 semanas, en el músculo.

Es posible que la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech no proteja a todos. Los efectos secundarios que se informaron para la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech incluyen dolor en el lugar de la inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, dolor en las articulaciones, fiebre, hinchazón en el lugar de la inyección, enrojecimiento en el lugar de la inyección, náuseas, sensación de malestar e inflamación de los ganglios linfáticos. Existe una remota posibilidad de que la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech pueda causar una reacción alérgica grave. Una reacción alérgica grave suele producirse entre unos minutos y una hora después de recibir una dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech. Por este motivo, un proveedor de vacunación puede pedirle a la persona que recibe la vacuna que permanezca en el lugar donde la recibió para que se le realice un control después de la vacunación. Los síntomas de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, hinchazón de la cara y la garganta, aceleración de los latidos del corazón y/o una erupción grave en todo el cuerpo.

Sección 4: Consentimiento

Revisé la información sobre los riesgos y beneficios de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech en la Sección 3 anterior y entiendo los riesgos y beneficios. Al dar mi consentimiento a continuación, acuerdo que:

1. Revisé este formulario de consentimiento y evaluación.
2. Leí o me leyeron la última versión (es decir, la que se publicó más reciente) de la HOJA INFORMATIVA PARA RECEPTORES Y CUIDADORES; AUTORIZACIÓN DE USO DE EMERGENCIA (EUA) DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 DE PFIZER-BIONTECH PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD DEL CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN INDIVIDUOS MAYORES DE DIECISÉIS AÑOS, disponible en <https://www.cvdvaccine.com/> o <https://www.fda.gov/media/144414/download>.
3. Tengo la autoridad legal para dar el consentimiento para que el menor de edad mencionado anteriormente sea vacunado con la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech.
4. Entiendo que no estoy obligado a acompañar al menor de edad nombrado anteriormente a su cita de vacunación y que, al dar mi consentimiento a continuación, el menor de edad puede recibir la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech independientemente de que yo esté o no presente en la cita de vacunación.
5. Si tengo un seguro médico que cubre al menor mencionado anteriormente, doy permiso para que los costos de la administración de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech sean facturados a mi compañía de seguros. El gobierno paga la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech en sí, y esa parte del costo de mi inmunización no me será cobrada.
6. Entiendo que, de acuerdo con la ley del estado, se ingresarán todas las inmunizaciones en el registro de la Red de Inmunización de Luisiana (LINKS), operado por el Departamento de Salud de Luisiana. Puede encontrar más información sobre LINKS en <https://ldh.la.gov/index.cfm/page/3660>.

Doy mi consentimiento a _____ [INSERTE EL NOMBRE DE LA ENTIDAD A CARGO DE LA VACUNACIÓN] para que vacune al menor de edad nombrado en la parte superior de este formulario con la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech y revisé y acepto la información incluida en la Sección 4 de este formulario.

Firma del padre/tutor legal nombrado anteriormente

